In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Diagnostic des dyspnées laryngées

Dr chentir mahfouf.s Eph kouba

1 Définition

La dyspnée laryngée est un trouble respiratoire obstructif consécutif à la réduction du diamètre de la filière laryngée au niveau d'un de ses trois étages.

« Il s'agit d'une bradypnée inspiratoire avec tirage, stridore et cornage. »

-un ralentissement de la fréquence respiratoire par un allongement du temps inspiratoire.

--dépression inspiratoire des parties molles.

--bruit inspiratoire aigu: obstacle glottique ou sus glottique.

--bruit inspiratoire grave: obstacle sous glottique.

2 Intérêts de la question

Son diagnostic est clinique: les examens complémentaires servent à la recherche étiologique.

Il s'agit d'une urgence vitale: dont il faut reconnaître les signes de gravité, pour un début rapide du traitement.

Etiologies âge dépendantes: **<6mois**: congénitale **>6mois:** fébrile

3 Rappels anatomique et physiologique

- Le larynx est le relais entre les voies aérodigestives supérieures et les voies respiratoires inférieures.

Il s'agit d'un conduit fibro-cartilagineux peu extensible.

Subdivisé en trois étages: sus glottique
plan glottique : plan des cordes vocales
sous glottique: le plus rétrécis

- Le larynx a une triple fonction: -Respiration -Déglutition -Phonation

- La respiration est une fonction vitale nécessaire à l'oxygénation des tissus de l'organisme et à l'évacuation du co2 résultant de cette dernière.

Elle se découpe en deux temps:
-Inspiration: active sous l'action des muscles inspiratoires(diaphragme)
-Expiration: passive

- Certaines particularités anatomo-histologiques expliquent la gravité de la dyspnée chez l'enfant:

1. Le larynx est haut situé,
2. La filière est plus étroite,
3. Les cartilages sont immatures et souples,
4. Le tissu conjonctif est lâche, sensible à l'inflammation d'où l'importance des œdèmes.

4 Diagnostic positif

- Ralentissement de la fréquence respiratoire,
- Allongement du temps de l'inspiration,
- Bruits inspiratoires: stridore et cornage,
- Mise a contribution des muscles inspiratoires accessoires: dépression inspiratoire des régions sus sternal, sus claviculaire, intercostale, sous mentale et même creux épigastrique

! Remarque: le diagnostic est plus difficile chez le nourrisson car il est possible d'avoir:
* Une tachypnée superficielle inefficace,
*Des pauses respiratoires et des apnées.

5 Examen clinique

Interrogatoire:

- Date de début, mode de début, circonstances d'apparition et évolution dans le temps,
- Durée de la dyspnée,
- Antécédents du patient,
- Signes accompagnateurs: toux, dysphonie, fièvre,
- Traitements entrepris et leur efficacité.

Examen clinique

Examen physique:

- Permet de rechercher les signes de gravité (sueurs, tachypnée, troubles de la conscience, marbrures…) sa profondeur dépend donc de l'état du patient;
- Examen cavité buccale
- Fosses nasales
- Laryngoscopie indirecte
- Nasofibroscopie
- Examen pleuro-pulmonaire
- Examen somatique
- **Rechercher les signes de gravité et d'épuisement:**
  - -durée supérieure à 1heure
  - -pâleur , sueurs, cyanose,
  - -yeux creux
  - -pauses respiratoires ou gasps: arrêt respiratoire imminent
  - -somnolence, agitation, confusion et troubles de la conscience
  - -polypnée superficielle
  - -disparition des signes de lutte

! L'apparition de ces signes peut être brutale, quelque soit l'examen initial du patient.

Score de Chevalier et Jackson

stade	conscience	Type de respiration	Signes de lutte/tirage	coloration	État cardiovasculaire
I	Calme	Bruyante	Discret	Normale	Normal
II	Agité	Bruyante	sus sternal	Normale	Tachycardie
III	Angoissé	Encombrement bronchique	Sus sternal Intercostal Sus clav	Pâleur Cyanose	Signes de défaillance droite
IV	Épuisé	Encombrement Gasps Pauses	Faible ou absent	Pâleur cyanose	Bradycardie Hypotension Défaillance globale

Examens complémentaires

- Ils n'ont leur place qu'une fois l'urgence vitale écartée.
- Ils servent à chercher l'étiologie.
- On peut demander:
  - -une endoscopie rigide sous anesthésie,
  - -des examens d'imagerie,
  - -des bilans biologiques (NFS , gaz du sang…)

6 Diagnostic différentiel

1. **Dyspnée obstructive supra laryngée:** obstacle nasal ou rhinopharyngé, le tirage est haut situé en sous mandibulaire avec amélioration de l'état à l'ouverture de la bouche.

2. **Dyspnée trachéale**: gène aux deux temps de la respiration, la voix est normale.

3. **Dyspnée bronchique:** elle est a prédominance expiratoire, s'accompagne de wheezing.

4. **Dyspnée cardiaque, pulmonaire ou métabolique**: il s'agit alors de polypnée.

7 Etiologies

Dyspnee De L’enfant< A 6mois

1.Malformations congénitales:

1.1 Laryngomalacie: cause la plus fréquente,

- Apparait dans les 15 premiers jours de vie, et disparait vers un an,
- Les formes légères donnent un stridore , les plus sévères une dyspnée,
- **Le traitement** ne concerne que les formes avec difficultés alimentaires, dyspnée voir apnée.

1.2 Stenose laryngée:

L’atrésie est létale à la naissance

Les palmures et **diaphragmes** donnent des dysphonies ,

Traitement endoscopique

1.3 Diasteme laryngé: il s’agit d’un défaut de fermeture du septum oeso-trachéal

- Dans les formes mineures il n’existe qu’une fente inter aryténoidienne,
- Les formes majeurs sont une ouverture sur plusieurs centimètres,
- L’alimentation épaissie permet de passer le cap dans les formes mineurs, dans les autres cas une chirurgie est nécessaire.

2. Tumeurs laryngées:

2.1 Angiome sous glottique: première cause chez le nourrisson de moins de 6mois,

- Il existe souvent un intervalle libre
- Se manifeste par des dyspnées sous glottiques répondant bien aux **corticoïdes** survenant plus souvent chez les filles porteuses d’autres angiomes cutanés.
- **Armes thérapeutiques** : Corticoïdes, béta bloquants et chirurgie

2.2 Kyste laryngé: de siège souvent épiglottique, par fois ary-epiglottique ou sous glottique

- L’endoscopie permet le diagnostic après visualisation d’une voussure sous muqueuse a contenu liquidien
- **Le traitement** consiste en la marsupialisation per endoscopique.

3.Troubles fonctionnels:

3.1 Paralysie laryngée: congénitale ou acquise

Dyspnée De L'enfant>6mois

1. Corps étranger laryngo-trachéal:

- Accident de jeu fréquent, survenant le jour de façon brutale avec dyspnée et dysphonie
- On s'attardera a recherché un syndrome de pénétration:
  - -quintes de toux,
  - -accès de suffocation,
  - -apnée et cyanose
- Le tableau peut être dramatique d'emblai
- Mais il faut se méfier du temps libre
- Lors d'enclavement distale, le corps étranger se manifeste des semaines plus tard par une pneumopathie systématisée.
- **Le traitement** consiste toujours en l'extraction du corps étranger.

2.Laryngites aiguës dyspneïsantes:

2.1 Laryngite aiguë sus glottique/ épiglottite:

- Septicémie à *hemophilus influenzae* dans 90%des cas dont le point de départ est l'épiglotte,
- Enfant de 3 à 6 ans ayant fait une rhinopharyngite,
- Il adopte spontanément la position assise, penché en avant, bouche ouverte avec hyper salivation.
- **Le traitement** : Antibiotiques et corticoïdes par voie veineuse
- **Gestes contres indiqués ; risa=que d'arret cardio-respiratoire !!**
  - -ne pas allonger l'enfant
  - -ne pas examiner le pharynx
  - - ne pas demander de radio
  - -ne pas faire une fibroscopie

2,2 Laryngite striduleuse ou spasmodique:

- Brèves crises de dyspnées laryngées le plus souvent nocturnes
- De résolution spontanée et de récidives multiples
- **Le traitement** : Une corticothérapie thérapie de courte durée peut être donnée.

3. Tumeurs laryngées:

3.1 Benigne: papillomatose larygée

- Dysphonie et dyspnée persistantes chez l'enfant entre 2 et 4 ans,
- L'endoscopie retrouves des éléments exophitiques grisâtres
- **Traitement** : vaporisation des lésions au laser après biopsie reperméabilise la filière respiratoire ,
  Mais les récidives et les extensions sont fréquentes.

3.2 Malignes

- Exceptionnelles
- Le rhabdomyosarcome peut toucher les trois étages du larynx.

Dyspnée Aiguë De L'adulte

1. Oedèmes du larynx:

1.1 Oedème infectieux: par atteinte laryngée primitive ou suite à une infection générale,
- associe: dyspnée, dysphagie et dysphonie;
- La laryngoscopie permet d'estimer l'importance de l'œdème;
- **TRT** : Corticoïdes et antibiotiques permettent une évolution favorable rapide.

1.2 Oedème d'origine générale
- Par déficit en inhibiteur du facteur C1 esterase: œdème angioneurotique familial
- Œdème allergique

2. Traumatismes du larynx:

2.1 Traumatisme interne: - post intubation - brûlure par inhalation de gaz toxique, - ingestion de caustique.

2.2 Traumatisme externe: *Si il est ouvert : le tableau est dominé par un encombrement bronchique
*Si il est fermé : il peut s'agir de contusion ou de fracture du larynx

3. Corps étranger du larynx:
- Soit accident de mauvaise habitude professionnelle ou alors corps alimentaire
- Parfois terrain particulier.

Dyspnée Chronique De L'adulte

• 1. Causes tumorales :

1.1 Tumeur maligne:
- La dyspnée est d'abord légère à l'effort et devient de plus en plus importante, suivant l'aggravation de l'obstruction de la filière respiratoire par progression de la masse tumorale.
- Mais elle peut être secondaire aux traitement d'un cancer notamment post radiothérapie,
  au stade précoce il s'agit d'œdème réversible, **au stade tardif** c'est de la fibrose qui s'installe.

1.2 Tumeurs bénignes:
- La laryngocèle constitue une dilatation aérique du toit de ventricule de Morgani
- Chondrome de la sous glotte
- Papillomatose laryngée

2.sténoses cicatricielles:

2.1 Traumatisme iatrogène: -intubation laryngée -trachéotomie -chirurgie partielle

2.2 Traumatisme accidentel
-liée au traumatisme lui-même:atteinte cricoidienne
-par faute technique lors du traitement
-séquelle du traumatisme

3.causes neurologiques:

3.1 Paralysies laryngées:
- Post chirurgie ou - par compression extrinsèque du nerf ou - même infiltration tumorale de ce dernier.

3.2atteinte du bulbe: -SLA, - processus expansif de la fosse postérieure.